EXPOSÉ

DES

TITRES ET TRAVAUX SCIENTIFIQUES

DU

Dr NETTER

CANDIDAT A L'ACADÉMIE DE MÉDECINE
(SECTION D'HYGIÈNE)

DEUXIÈME PARTIE

PARIS

MASSON ET Cie, ÉDITEURS

LIBRAIRES DE L'ACADÉMIE DE MÉDECINE

120, BOULEVARD SAINT-GERMAIN

1901

TITRES ET FONCTIONS

Directeur adjoint honoraire du laboratoire d'hygiène de la Faculté. 1899.

Membre du Comité consultatif d'hygiène publique de France. 1898.

Vice-président de la Société de biologie. 1901.

Membre de la Société de pédiatrie.

Membre du jury de classement et d'admission à l'Exposition universelle de 1900.

Membre du bureau de la section de pédiatrie du Congrès international de médecine.

Secrétaire de la section de bactériologie du Congrès international d'hygiène et de démographie.

On trouvera plus loin la liste et l'analyse sommaire de nos principales publications à partir du mois d'avril 1897.

On y reconnaîtra sans doute l'idée directrice qui a présidé à nos travaux antérieurs : le désir d'accorder une part également importante aux travaux de laboratoire et à l'observation des malades en même temps qu'une préoccupation sincère d'indiquer dans chaque question la part de nos prédécesseurs et de nos contemporains. Il ne suffit pas, croyons-nous, de faire œuvre personnelle; il faut mettre en lumière celle d'autrui et la science ne commence pas plus à l'époque contemporaine qu'elle ne reconnaît de frontière politique ou naturelle.

Les données bactériologiques ou expérimentales et les procédés récents d'investigation clinique nous ont été certainement bien précieux dans l'étude de la peste ou de la méningite cérébro-spinale. Mais nos notions sur l'étiologie, la prophylaxie et la symptomatologie auraient été bien insuffisantes au début des épidémies récentes, si nous n'avions eu à notre disposition les trésors d'observations si précises consignés dans les narrations des épidémies antérieures.

Quelque confiance que nous ayons eue dans l'efficacité curative du sérum antidiphtérique, nous n'aurions certainement pas osé employer aussi libéralement ce dernier à titre préventif si nous n'avions été encouragé par la lecture des travaux antérieurs émanant pour la plupart de médecins étrangers.

Si nous n'avions connu les travaux de Cheadle et de Barlow nous aurions, sans aucun doute, laissé passer inaperçu un cas de scorbut infantile au grand préjudice de l'enfant qui a pu rapidement guérir à la suite d'un traitement approprié, tandis qu'en publiant à notre tour notre observation nous avons pu faire reconnaître à nos confrères plusieurs cas d'une maladie relativement rare en France.

Point n'est besoin, croyons-nous, d'ajouter d'autres exemples.

Chargé depuis près de sept années de la direction d'un service dans un grand hôpital d'enfants, nous avons trouvé dans ce service les matériaux et le point de départ de beaucoup de nos travaux, en

particulier sur la méningite cérébro-spinale, la diphtérie, la fièvre typhoïde, le scorbut infantile, etc.

Attaché depuis plus de 12 ans au Comité consultatif d'hygiène publique de France, d'abord en qualité d'auditeur puis de membre, nous avons eu à nous préoccuper de diverses questions d'épidémiologie, d'hygiène générale et spéciale. En raison des préoccupations qu'ont fait naître à bon droit les progrès lents mais ininterrompus de la peste, nous avons consacré à cette dernière l'attention que précédemment nous avaient demandée le choléra asiatique et le typhus exanthématique.

Nous avons continué à participer activement à l'enseignement de l'hygiène à la Faculté de médecine en qualité d'agrégé spécialisé à la chaire d'hygiène et de directeur adjoint du laboratoire (Conférences et travaux pratiques).

Nous signalerons encore la part que nous prenons à la rédaction de la nouvelle édition du *Traité d'hygiène*, de M. le professeur Proust, dont la première partie est sous presse, ainsi que le chapitre « Hygiène » de la Pathologie générale du professeur Bouchard (également sous presse).

Il convient enfin de mentionner ici notre collaboration déjà ancienne à la *Revue d'hygiène et de police sanitaire* où nous avons analysé de nombreux travaux étrangers.

Nous n'avons accordé qu'une mention sommaire à nos autres publications ayant trait à la bactériologie, à la clinique et à la pathologie. Beaucoup ont trait à la pneumonie et aux affections pneumococciques, qui ont fait de notre part l'objet d'une étude patiente, déjà longue et féconde en résultats pratiques.

TRAVAUX SCIENTIFIQUES

I

MÉNINGITE CÉRÉBRO-SPINALE ÉPIDÉMIQUE

1\. — **Méningite cérébro-spinale épidémique.** *Soc. méd. des Hôp.*, 13 mai 1898.

2\. — **Un cas de méningite cérébro-spinale épidémique** (avec M. Troisier). *Soc. méd. des Hôp.*, 20 mai 1898.

3\. — **Nouveaux cas de méningite cérébro-spinale épidémique.** *Soc. méd. des Hôp.*, 20 mai 1898.

4\. — **Diagnostic de la méningite cérébro-spinale (signe de Kernig. Ponction lombaire).** *Semaine médicale*, 29 juin 1898.

5\. — **Importance du signe de Kernig pour le diagnostic des méningites. Des méningites cérébro-spinales frustes.** *Soc. méd. des Hôp.*, 22 juillet 1898.

6\. — **Méningite cérébro-spinale suppurée épidémique. Microbe ayant tous les caractères du pneumocoque encapsulé typique. Raisons qui permettent de considérer le méningocoque recueilli le plus habituellement comme une variété de pneumocoque.** *Soc. méd. des Hôp.*, janvier 1899.

7\. — **Méningite suppurée due au staphylococcus pyogenes aureus** (avec M. Josias). *Soc. méd. des Hôp.*, 5 mai 1899.

8\. — **Intervention du diplococcus intracellularis meningitidis dans l'épidémie parisienne de méningite cérébro-spinale de 1898-1899.** *Société de Biologie*, 17 juin 1899.

9\. — **Cerebrospinal meningitis.** Twentieth Century de Stedman XVI.

10. — **Un cas de méningite cérébro-spinale prolongée. Bons effets des ponctions lombaires pratiquées à onze reprises. Modifications du liquide.** *Soc. méd. des Hôp.*, 22 juillet 1899.

11. — **Un nouveau cas de méningite cérébro-spinale épidémique à diplocoque intracellulaire de Weichselbaum** (avec M. Troisier). *Soc. méd. des Hôp.*, 20 janvier 1900.

12. — **Curabilité de la méningite cérébro-spinale suppurée. Utilité des bains chauds et de la ponction lombaire.** *Soc. méd. des Hôp.*, 11 mai 1900.

13. — **Deux cas de méningite cérébro-spinale guéris** (avec M. Josias). *Soc. méd. des Hôp.*, 11 mai 1900.

14. — **Progrès de l'épidémie de méningite cérébro-spinale en France.** *Soc. méd. des Hôp.*, 25 mai 1900.

15. — **Méningites aiguës non tuberculeuses.** Rapport au Congrès international de médecine de 1900, Section de Pédiatrie.

16. — **Pronostic éloigné de la méningite cérébro-spinale.** *Soc. méd. des Hôp.*, 1901.

L'apparition à Paris d'une petite épidémie de méningite cérébro-spinale a provoqué de notre part un assez grand nombre de publications au sujet de cette maladie. Nous étions préparé à ces recherches ayant, depuis près de vingt ans, fait des méningites l'objet d'une attention tout à fait particulière. (Exposé de 1897, n°s 4, 9, 13, 16, 20, 21, 55, 78 et 79.)

Nous avons le premier attiré l'attention sur le début de cette épidémie dans une communication du mois de mai 1898. De tous côtés sont venues des confirmations de la part de nos collègues et confrères, d'abord de Paris, puis de diverses parties de la France et de l'Algérie.

Nos observations ont eu même un retentissement à l'étranger, et MM. Looft et Lie, qui ont rapporté l'histoire d'une petite épidémie de méningite cérébro-spinale, à Bergen en Norvège, ont bien voulu reconnaître que l'éveil leur avait été donné par mes communications.

Nous avons indiqué le parti que la clinique peut tirer de la recherche d'un *signe indiqué par un médecin russe Kernig*, et qui consiste dans l'impossibilité d'étendre complètement le genou quand le malade est assis.

Ce signe se rencontre dans toutes les espèces de méningite, mais il est surtout fréquent dans la méningite cérébro-spinale, où on le trouve dans plus de 90 cas sur 100.

Bien que plusieurs auteurs eussent confirmé l'importance du signe de Kernig, on ne lui avait pas accordé une attention suffisante, tandis que depuis mes communications répétées, ce signe est devenu de recherche courante aussi bien à l'étranger que dans notre pays.

Nous avons montré le parti que l'on peut tirer de la *ponction lombaire*. Imaginée par Quincke dans un but thérapeutique, pratiquée fréquemment en Allemagne dans un but diagnostique, la ponction lombaire était peu en faveur dans notre pays. Elle permet cependant de suivre avec une grande précision les modifications du liquide céphalo-rachidien. Celles-ci portent sur l'aspect physique (coloration, opacité, présence de grumeaux et flocons fibrineux), la composition chimique (proportion appréciable d'albumine, présence du sucre), la teneur en éléments cellulaires et en micro-organismes. La culture est souvent nécessaire et parfois insuffisante pour déceler les micro-organismes. Nous avons montré la *fréquence des méningites séreuses*. Beaucoup de cas pour lesquels on avait employé le mot de méningisme ou d'accidents méningitiques se rapportent à ces méningites séreuses.

L'épidémie qui a débuté en 1898 nous a permis d'observer un nombre assez considérable de *méningites cérébro-spinales de longue durée*. Nous avons vu celles-ci se prolonger deux, trois et même quatre mois. Des faits de ce genre avaient déjà été signalés, mais il semble qu'ils n'avaient pas suffisamment retenu l'attention, au moins en France. La ponction lombaire, répétée jusqu'à onze fois au cours de la maladie, a permis de suivre les modifications du liquide, et de constater à plusieurs reprises des retours offensifs de la maladie.

Nous avons aussi appelé l'attention sur les *méningites cérébro-spinales larvées, latentes* que l'on diagnostique plus aisément grâce à la recherche du signe de Kernig et à la ponction lombaire.

La précision plus grande dans le diagnostic permet d'assurer avec plus d'autorité encore *la curabilité de la méningite cérébro-spinale*. Nous avons rapporté un chiffre imposant de guérisons. Nous avons attribué nos bons résultats à l'emploi des *bains chauds prolongés* à 38 ou à 39 degrés, et vulgarisé cette méthode mise en pratique la première fois par Aufrecht de Magdebourg. Nous leur

ajoutons les *ponctions lombaires répétées* qui n'agissent pas seulement en diminuant la tension du liquide cérébro-spinal, mais aussi en soustrayant une partie des agents pathogènes. La proportion des guérisons a été d'environ 2 cas sur 3 dans nos observations personnelles de méningites épidémiques suppurées.

On s'est demandé si les *guérisons étaient définitives*, si les sujets guéris ne présentaient pas ultérieurement des troubles nerveux dus aux altérations ressenties par les centres nerveux au cours de la méningite. Nous avons pu nous assurer chez plusieurs sujets guéris depuis huit mois, un an et plus, de l'intégrité parfaite de l'appareil cérébro-spinal.

Nos recherches bactériologiques ont porté sur plus de 50 cas. Elles peuvent être utilement rapprochées de celles qu'antérieurement et concurremment nous avions poursuivies sur les méningites suppurées sporadiques. Nous avons, en effet, rencontré dans ces dernières les espèces microbiennes que nous avons vues dans les méningites épidémiques, et en particulier le diplococcus intra cellularis meningitidis de Weichselbaum que Jæger considère comme le microbe spécifique de la méningite épidémique.

Si l'organisme de Weichselbaum a été souvent trouvé par nous dans la méningite épidémique, nous avons décelé fréquemment le pneumocoque et un streptocoque encapsulé. *Ce streptocoque encapsulé déjà signalé par Bonome* à Padoue existait seul dans les premiers cas de l'épidémie où il a été vu également par MM. Rosenthal et Thiercelin, Besançon et Griffon, Millet et Chantemesse. Nous avons pu nous assurer que *ce streptocoque encapsulé est une variété du pneumocoque*, et nous l'avons transformé en pneumocoque lancéolé typique par les inoculations et les ensemencements en sérum liquide. Nous n'avons pu faire pareille transformation avec le *microbe de Weichselbaum*, qu'il nous faut, jusqu'à plus ample informé, considérer comme un microbe différent. Nous ne sommes pas cependant éloigné de croire à des relations très intimes entre le pneumocoque et le microbe de Weichselbaum. Il nous paraît que ces relations, si elles étaient établies, expliqueraient d'une façon satisfaisante comment, dans le cours de la même épidémie, on trouve ces deux microbes, comment depuis 1898 *les espèces prédominantes ont été d'abord le streptocoque de Bonome, puis le même streptocoque et le pneumocoque typique, puis le diplocoque de Weichselbaum qui dans ces derniers temps est le plus fréquemment rencontré*, sans que néanmoins

on ait cessé de voir des cas causés par le pneumocoque ou par le microbe de Bonome.

M. Stedman nous a demandé de rédiger le chapitre « méningite cérébro-spinale » dans son importante encyclopédie médicale le *Twentieth Century*, à laquelle collaborent des médecins de tous les pays. Notre article constitue une monographie dans laquelle nous consacrons une part également importante à la clinique, à la bactériologie et à l'épidémiologie et dans laquelle nous nous sommes efforcé d'utiliser tous les nombreux documents publiés sur ce sujet. Nous signalerons tout particulièrement *l'étude des relations si singulières entre la pneumonie et la méningite cérébro-spinale.* Nous avions déjà montré que le pneumocoque pouvait être une cause de méningite épidémique, que la pneumonie se complique souvent de méningite et inversement. Une analyse plus attentive montre que la pneumonie et la méningite ne présentent pas leur maximum de fréquence au même moment, que l'on note d'abord des pneumonies plus nombreuses, puis des pneumonies compliquées de méningites, enfin des méningites isolées.

Le professeur Osler de Baltimore, auquel on a demandé en 1899 de traiter la question de la méningite épidémique dans les « Cavendish lectures » de Londres, signale notre monographie comme la plus complète et la plus exacte.

II

PESTE

17. — La peste dans ces dernières années. *Presse Médicale*, 1899.

18. — La peste et son microbe. Sérothérapie et vaccination, chez Carré et Naud, 1900.

19. — Le microbe de la peste. Histoire et critique. *Archives de médecine expérimentale*, janvier 1900.

20. — La peste en Australie et dans l'Amérique du Sud. Enseignements que comportent les dernières manifestations de la peste. *Presse Médicale*, 29 mai 1900.

En 1895, la peste n'avait encore paru qu'à Hongkong, mais elle avait donné des preuves d'une vitalité nouvelle, et devant le danger d'une expansion épidémique, il nous avait paru utile de faire le bilan de ce que l'épidémiologie nous avait transmis au sujet de cette maladie et de rapprocher ces données de celles que nous fournissait la bactériologie (Exposé de 1897, n[os] 100 et 101).

Nos prévisions de 1895 se sont malheureusement réalisées, et l'étude de la peste est devenue un sujet d'actualité. Aussi, lui avons-nous consacré une monographie et quelques articles dans divers journaux.

Nous avons étudié longuement le bacille de la peste. C'est en effet en isolant ce bacille que l'on établit aujourd'hui le diagnostic de la peste. C'est au moyen de ce microbe que l'on se procure le sérum et le vaccin antipesteux. C'est en recherchant ce que devient le bacille que l'on établit l'influence des agents physiques et chimiques, des désinfectants, etc.

On a appris à connaître la *forme pneumonique* de la peste qui après avoir été commune au moyen âge avait été oubliée. Nous avons montré aussi l'intérêt que présente la *forme ambulatoire* et les discussions auxquelles elle peut donner lieu.

Dans le chapitre consacré à l'étiologie et à la prophylaxie nous indiquons les divers modes de contamination, nous discutons le rôle des rats et des parasites. Nous rappelons les mesures prises pour assurer l'isolement des malades et des suspects, la désinfection des effets et des locaux, etc.

Nous avons consacré des développements assez considérables à la sérothérapie et à la vaccination antipesteuses. Nous expliquons les différences relevées entre l'efficacité des sérums employés. Nous insistons sur la méthode de vaccination de Haffkine dont l'utilité est établie par de nombreuses statistiques. *Le vaccin de Haffkine n'agit pas seulement en diminuant la susceptibilité mais aussi en atténuant la gravité de la peste.* Ses effets sont plus durables que ceux du sérum antipesteux à titre préventif.

Les résultats des inoculations à Hubli nous ont paru particulièrement démonstratifs. La mortalité dans cette ville a été de 2761 décès sur 41427 habitants, soit 5,82 pour 100. Si ces habitants avaient été vaccinés il n'y aurait eu que 524 décès, soit 1,26. Si l'on n'avait pas pratiqué du tout les vaccinations (à la fin le nombre des vaccinés s'élevait à 38712) il y aurait eu 24920 décès, soit 52,6.

A Dharwar la mortalité chez les sujets atteints de peste a été de 62 pour 100; chez les sujets vaccinés de 27 pour 100.

Nous terminons notre monographie en déclarant que si l'on doit s'attendre à voir la peste s'étendre sur un plus large périmètre, elle ne prendra pas en Europe l'extension et la gravité qu'elle a présentées au moyen âge et dans les siècles qui ont suivi.

Dans notre revue des Archives de médecine expérimentale nous avons analysé plus de 160 mémoires originaux. Nous signalerons plus particulièrement le chapitre consacré à l'étude de la *peste des rongeurs et des reptiles dans l'antiquité.*

L'histoire de l'introduction et des premiers progrès de la peste dans l'Australie et dans l'Amérique du Sud où elle n'avait jamais été observée avant 1899 nous a paru mériter une étude détaillée. Nous y voyons combien *les premiers cas de peste ont chance de passer inaperçus. Le temps écoulé entre ces cas et le début officiel de l'épidémie est toujours assez long.* Il a varié de 1 à 4 mois. Les foyers de peste seront donc ignorés assez longtemps et par suite les mesures quarantenaires ne pourront être prescrites à temps. A cette constatation plutôt décourageante nous pouvons heureusement opposer une notion plus satisfaisante, celle du *peu d'extension de la peste dans les grandes villes, en dépit de l'insuffisance des premières mesures,*

pour peu que leurs habitants satisfassent aux règles les plus élémentaires de l'hygiène.

Tandis que l'année dernière (la cinquième en date depuis le début de l'épidémie) la ville de Bombay comptait 24 138 décès par peste, soit plus de 3 pour 100, les villes suivantes étaient atteintes dans une proportion infiniment moindre et l'épidémie ne se renouvelait pas les années suivantes :

Asuncion de Paraguay.	114	décès sur	56 000	hab.	2	p. 1000
Porto.	112	—	153 314	—	0,73	—
Rosario.	72	—	133 000	—	0,55	—
Sydney.	103	—	456 000	—	0,22	—
Alexandrie.	46	—	320 000	—	0,144	—
Buenos-Aires.	46	—	795 000	—	0,057	—
Glasgow.	16	—	800 000	—	~~0,002~~ 0,02	—

A San Francisco la peste est restée absolument confinée au quartier chinois où depuis le mois de mars 1900 on n'a cessé de signaler des cas d'ailleurs peu nombreux.

III

DIPHTÉRIE

21. — **Injections de sérum antidiphtérique dans un but prophylactique chez les enfants atteints de rougeole** (avec M. Nattan-Larrier). Congrès international de médecine (1900).

22. — **Les injections préventives de sérum antidiphtérique et leur efficacité. Leurs diverses indications.** Société de Pédiatrie, 14 mai 1901.

23. — **Les injections préventives de sérum antidiphtérique.** Société de Pédiatrie, juin 1901.

24. — **Inconvénients des abus du tubage dans les cas de croup secondaire à la rougeole. Bons résultats de la trachéotomie.** Société de Pédiatrie, 1900.

La valeur prophylactique des injections préventives de sérum antidiphtérique n'est pas encore admise par beaucoup de médecins. Elle est contestée par un certain nombre de chefs de service des hôpitaux d'enfants.

Il nous a paru utile de consacrer à cette question une attention toute spéciale et notre part dans cette étude a été à la fois théorique et pratique.

Dans nos premières communications nous avons analysé la plupart des travaux publiés sur le sujet. Ces travaux émanant de médecins de tous les pays et plus spécialement d'Amérique, d'Italie et de Russie sont fort nombreux, et notre analyse a porté sur plus de 35 000 observations. Nous avons résumé nos communications de la façon suivante :

« *Les injections préventives de sérum antidiphtérique constituent le moyen le plus efficace de prophylaxie.* Elles ne donnent pas une immunité absolue ; mais elles garantissent habituellement les sujets pendant une période de 3 à 4 semaines.

Elles exercent d'autre part *une influence atténuante non douteuse sur les cas de diphtérie survenus en dépit des inoculations,* aussi .

bien pendant cette période que le jour même de l'inoculation ou après les premières semaines.

On devra, sans hésiter, recourir aux injections toutes les fois qu'une épidémie de diphtérie sévira dans une agglomération, internat, école, crèche. Il est à souhaiter qu'en pareille circonstance les inoculations préventives puissent être imposées comme la vaccination dans un foyer de variole.

Dans une *famille* qui aura présenté un cas de diphtérie, l'inoculation immédiate des frères et sœurs sera très utile. On pourra à son défaut faire l'ensemencement du mucus pharyngé de tous les sujets et n'injecter que ceux dont la gorge renferme le bacille de Lœffler. Mais cette manière de faire sera moins certaine que la première.

En pratiquant régulièrement toutes les trois semaines l'inoculation des enfants d'un hôpital on peut supprimer radicalement les cas intérieurs autrement inévitables. Cette manière de faire ne saurait encore être imposée. Il sera toutefois très sage d'y recourir dans les hôpitaux ou asiles où les cas intérieurs se succèdent assez souvent et en particulier dans les services spéciaux où l'on reçoit des malades exposés davantage à l'infection diphtérique secondaire. Tel est le cas des pavillons de rougeole. Malheureusement dans la rougeole le sérum antidiphtérique a un pouvoir préventif moins marqué et moins long. Il y aura donc nécessité d'injecter de plus fortes doses et de répéter les inoculations tous les quinze jours. »

Depuis le 16 mars 1901 nous sommes à la tête d'un service important de diphtériques à l'hôpital Trousseau (464 malades du 16 mars au 24 octobre). Nous avons eu dès lors un champ d'études très étendu et nous avons pu mettre en pratique les règles que nous avions cru pouvoir poser.

Nous avons, en effet, aussi souvent que nous l'avons pu, pratiqué les inoculations préventives dans les familles qui nous amenaient un enfant atteint de diphtérie. Si, au début, nos sollicitations restaient inefficaces, nous avons pu peu à peu acquérir sur les familles un plus grand ascendant, et à l'heure présente les cas dans lesquels les familles se refusent à nous amener les enfants sont devenus une exception.

Les chiffres suivants montrent, à notre avis, d'une façon évidente le bien que nous avons fait.

278 familles comptant plusieurs enfants ont envoyé des malades dans le pavillon de la diphtérie.

112 se sont prêtées à l'inoculation préventive des autres enfants, 165 s'y sont refusées. Les 165 familles dans lesquelles les enfants n'ont pas été soumis aux injections préventives comptaient 394 enfants en dehors de ceux qui sont entrés à l'hôpital Trousseau. Les 112 autres en comptaient 313.

Dans le premier groupe 66 autres enfants appartenant à 52 familles ont eu encore la diphtérie. Si l'on élimine les familles dans lesquelles les cas secondaires ont paru dans les 24 premières heures (7), ou après un mois (6), il reste encore 39 familles, soit 24,3 pour 100, dans lesquelles on a observé des cas secondaires.

Il n'y a eu aucun cas secondaire chez les 313 enfants des 112 familles qui nous ont permis de pratiquer immédiatement les injections préventives.

Nous croyons que l'opposition absolue entre les résultats relevés dans les deux groupes montre l'efficacité des injections préventives et permet d'affirmer que si l'on avait eu recours à celles-ci dans les familles qui s'y sont refusées, on aurait évité ces cas secondaires.

J'ajoute qu'aucun accident sérieux n'a été relevé chez les enfants soumis aux injections préventives.

Ces faits feront du reste l'objet d'une communication prochaine à l'Académie.

Nous signalerons d'autre part nos communications sur la diphtérie compliquant la rougeole.

Nous avons dit que *le sérum antidiphtérique possède un pouvoir préventif moins efficace chez les sujets atteints de rougeole.*

Sur 843 morbilleux soumis aux infections préventives, 15 ont eu cependant la diphtérie, et sur ces 15 malades, 10 ont eu la diphtérie dans la période pendant laquelle l'injection de sérum exerce d'ordinaire une influence préventive. Il s'agissait le plus souvent de diphtéries oculaires.

D'autres médecins allemands ou américains ont constaté comme nous la moindre efficacité des injections préventives chez les sujets atteints de rougeole, et conseillé d'employer des doses plus fortes et de répéter les injections.

A propos de la diphtérie chez les sujets atteints de rougeole, nous mentionnerons notre communication sur les inconvénients du tubage auquel nous préférons la trachéotomie en pareil cas. Bien que combattue de divers côtés, notre opinion est partagée actuellement par la majorité des médecins d'enfants.

IV

SCORBUT INFANTILE

25. — Un cas de scorbut infantile après usage de lait de vache stérilisé à domicile par l'appareil Soxhlet. *Soc. méd. des Hôp.*, 4 novembre 1898.

26. — Scorbut infantile. *Soc. méd. des Hôp.*, 2 décembre 1898.

27. — Nouvelles observations françaises de scorbut infantile. *Soc. méd. des Hôp.*, 9 décembre 1898.

28. — Le scorbut infantile. *Semaine Médicale*, 1899.

Les médecins anglais Cheadle et Barlow ont fait connaître une affection singulière de la première enfance caractérisée habituellement par une *anémie marquée, l'apparition au niveau des tibias de nodosités douloureuses, un état fongueux des gencives.* Cette affection se rencontre surtout chez les enfants qui sont nourris au moyen de *laits conservés*, ou de *préparations artificielles*, succédanés du lait en honneur chez les Anglo-Saxons. *Elle guérit rapidement à la suite de l'usage du lait cru et du jus d'orange.*

Le scorbut infantile, commun en Angleterre et en Amérique, était peu connu dans notre pays, et il nous a paru très important d'attirer sur lui l'attention des médecins français. Nous avons été assez heureux pour y réussir et on nous a fait connaître plusieurs observations où, grâce à ce diagnostic, des enfants très malades ont été promptement rétablis.

On a confondu le scorbut infantile avec le rachitisme aigu ou hémorragique. Nous nous sommes élevé contre cette confusion. *Le scorbut infantile est très analogue au scorbut de l'adulte. Il succède comme lui à la privation d'aliments frais.*

Le lait stérilisé, le lait maternisé diffèrent du lait naturel, et leur usage exclusif peut suffire à donner naissance au scorbut infantile.

Cela ne veut pas dire que nous entendions proscrire le lait stérilisé. Son introduction dans l'alimentation des nourrissons a constitué un progrès et le scorbut infantile est certainement exceptionnel après son usage. Il importe cependant d'être prévenu que cette apparition est possible et que la maladie guérira rapidement si l'on revient à l'usage du lait naturel.

V

FIÈVRE TYPHOÏDE

29. — Contagion hospitalière de la fièvre typhoïde. *Soc. méd. des Hôp.*, 17 décembre 1897.

30. — La fièvre typhoïde à l'hôpital Trousseau pendant le premier semestre de 1899. *Soc. méd. des Hôp.*, 21 juillet 1899.

31. — La fièvre typhoïde à l'hôpital Trousseau de 1895 à 1899 et spécialement dans les dix premiers mois de 1899. Bains chauds. Société de Pédiatrie, 1899.

32. — Accidents méningitiques dans la fièvre typhoïde. Congrès international de médecine, 1900.

Il nous a paru que *les enfants se prêtent plus que les adultes à l'étude de diverses questions concernant les modes de propagation de la fièvre typhoïde* et cela pour deux raisons. On ne rencontre guère parmi eux de sujets immunisés par une atteinte ultérieure, et d'autre part, comme ils ne quittent la maison que pour jouer ou fréquenter une école habituellement très voisine, il y a plus de probabilités que leur maladie ait été contractée à domicile ou au moins dans le quartier.

L'étude de la répartition des cas de fièvre typhoïde dans les quartiers dans lesquels se recrute la clientèle de l'hôpital Trousseau a paru nous démontrer que la poussée de la fièvre typhoïde observée à Paris depuis 1899, n'avait pas frappé seulement les habitants desservis par une certaine canalisation, mais a sévi à la fois sur les quartiers desservis en eaux d'origines les plus diverses. On ne saurait, croyons-nous, invoquer exclusivement la contamination d'une seule de ces amenées d'eau à moins que celle-ci n'ait été mélangée aux autres dans les conduites parisiennes.

Nous avons montré des faits assez nombreux de transmission de fièvre typhoïde par contagion intra-hospitalière et nous pensons que cette source de transmission mérite qu'on y prenne plus garde qu'on n'a coutume de faire.

La communication sur les *accidents méningitiques dans la fièvre typhoïde* a pour objet d'attirer l'attention sur une forme assez fréquente dans ces dernières années, et dont le diagnostic est plus facile grâce à la recherche du signe de Kernig. Ce diagnostic est d'autant plus intéressant que *cette forme de fièvre typhoïde est grave, qu'on y observe beaucoup plus souvent des rechutes.*

Nous avons enfin fait voir que l'*usage des bains chauds* dans le traitement de la fièvre continue donne des résultats très satisfaisants dans les cas où les phénomènes thoraciques sont marqués aussi bien que dans les formes ataxiques ou méningitiques. Dans ces cas nous les préférons sans aucune hésitation aux bains froids.

VI

TUBERCULOSE

33. — Du traitement des tuberculeux indigents dans les sanatoriums (avec le Dr Beaulavon). *Congrès pour l'étude de la tuberculose*, 1898.

I. — Le traitement des tuberculeux indigents dans les sanatoriums s'impose à trois points de vue :

1° Le sanatorium assure l'isolement du tuberculeux qui par sa présence constitue un danger pour la société.

2° Le sanatorium grâce à ses installations spéciales permet seul de donner au tuberculeux les soins dont il a besoin.

3° Le sanatorium destiné spécialement aux malades les plus curables permet de réaliser un véritable gain financier et social, comme l'ont montré les résultats obtenus par les compagnies d'assurances contre l'invalidité et la vieillesse.

II. — Les hôpitaux d'isolement et les quartiers d'isolement, tels qu'on semble les comprendre, ne répondent qu'imparfaitement à une partie de la question : celle qui a trait au danger que présentent les tuberculeux pour la société. Leur création présente le grave inconvénient de nécessiter de très fortes dépenses qui ne seraient vraisemblablement pas surpassées par la création de sanatoriums qui résoudraient complètement le problème.

III. — Nous devons faire tous nos efforts pour diriger vers les sanatoriums les tuberculeux les plus facilement curables, ceux qui sont au début de leur maladie. Il est urgent, pour aider à ce recrutement, de secourir la famille des hospitalisés pendant l'absence du chef de famille.

IV. — Étant donnés les sacrifices pécuniaires considérables exigés par les réformes, il est nécessaire que toutes les bonnes volontés se mettent à l'œuvre et que l'initiative des particuliers s'associe à celle des travaux publics dans la lutte à entreprendre.

34. — Souillure de l'atmosphère par les tuberculeux. *Revue d'hygiène*, 1899.

35. — Les modes de propagation de la tuberculose et les meilleurs moyens de la combattre d'après Flügge. *Revue d'hygiène*, 1901.

Nous nous sommes efforcé de faire connaître le plus possible les remarquables travaux de Flügge et de ses élèves sur le rôle des fines gouttelettes de salive projetées par les tuberculeux en toussant, en parlant, en éternuant. Nous croyons que ces gouttelettes jouent un rôle très important dans la propagation de la tuberculose et que l'on a jusqu'ici accordé un rôle trop exclusif au transport des poussières résultant de la dessiccation des crachats. Des expériences personnelles entreprises en 1898 nous avaient en effet montré que les locaux habités par des tuberculeux ne renferment pas autant de bacilles susceptibles d'être détachés des parois que le soutenait Cornet. Dans ces expériences nous nous servions de tampons de ouate stérilisés avec lesquels nous essuyions les murs et non d'éponges humides comme faisait Cornet. Il est évident que les éponges détachent des particules qui resteraient sans cela indéfiniment fixées au mur.

M. le professeur Kelsch, de son côté, a rapporté à l'Académie des expériences semblables aux nôtres et aboutissant aux mêmes résultats négatifs.

36. — Projet de création d'un sanatorium au voisinage de Marseille. Innocuité d'un sanatorium bien dirigé. Nécessité d'une surveillance des sanatoria et établissements hospitaliers privée. Travaux du Comité d'hygiène publique de France. 1899.

VII

LÈPRE
CONJONCTIVITE PURULENTE DES NOUVEAU-NÉS
SUETTE MILIAIRE

37. — **Projet de sanatorium pour lépreux.** Comité consultatif d'hygiène publique de France, 1900.

38. — **Prophylaxie de l'ophtalmie des nouveau-nés.** Comité consultatif d'hygiène publique de France, 1901.

39. — **Miliary fever.** Twentieth Century de Stedman, XIV.

L'Académie de médecine n'a pas oublié les rapports de M. Besnier sur un projet de sanatorium pour lépreux et de M. Pinard sur la prophylaxie de l'ophtalmie des nouveau-nés. Les deux questions avaient été soumises au Comité consultatif d'hygiène publique de France qui m'avait chargé d'un rapport.

Bien que la lèpre soit parasitaire et contagieuse, sa contagiosité est certainement minime pour peu que l'on prenne des soins élémentaires de propreté. Un sanatorium pour lépreux où l'on pratiquerait l'antisepsie et où les linges seraient désinfectés à la vapeur ne nous paraît pas devoir constituer de danger pour le voisinage.

M. Besnier a fait remarquer avec raison qu'il y aurait avantage à placer ce sanatorium dans une localité mieux isolée que celle qui avait été proposée.

Il a insisté sur la nécessité d'organiser la surveillance de pareils établissements, surveillance dont j'avais fait ressortir l'urgence dans plusieurs rapports au Comité.

Dans notre rapport sur la prophylaxie de l'ophtalmie purulente des nouveau-nés nous insistons sur l'utilité des mesures de propreté et d'asepsie locales; sur la nécessité pour la sage-femme de prévenir sans retard le médecin dans le cas où la conjonctivite purulente aura fait son apparition. Nous avons fait connaître l'état de la législation sanitaire dans les pays étrangers.

VIII

HYGIÈNE EN GÉNÉRAL

40. — Traité d'hygiène. Nouvelle édition de l'hygiène du professeur Proust avec la collaboration des Drs Netter et Bourges (sous presse).

Les chapitres consacrés aux maladies infectieuses et parasitaires, à l'isolement, à la désinfection, ont fait l'objet d'une transformation à peu près complète. Nous signalerons tout particulièrement ceux qui ont trait à la tuberculose, à la lèpre, à la grippe, à la dengue, à la fièvre de Malte, et dont il n'existait pas trace dans les éditions précédentes, une étude analytique et synthétique des principaux microbes pathogènes, etc.

41. — Hygiène. *Traité de pathologie générale*, sous la direction de MM. Bouchard et Roger, tome VI (sous presse).

Nous ne disposions que d'une cinquantaine de pages, et nous avons dû nous contenter d'une esquisse assez sommaire.

Dans le premier chapitre intitulé *Considérations générales*, nous avons voulu montrer que dans maintes circonstances on trouvait chez les animaux des pratiques hygiéniques semblant plus satisfaisantes que celles dont les hommes nous donnent l'exemple. Nous avons indiqué l'importance de l'hygiène pour les pouvoirs publics et montré comment, en faisant disparaître les maladies évitables, on peut abaisser la mortalité générale. Les chapitres suivants sont consacrés à l'*hygiène privée* et à l'*hygiène des collectivités*. Dans le dernier chapitre nous envisageons la *lutte contre les maladies contagieuses* et les principaux moyens d'action dont nous disposons : l'*isolement*, la *désinfection* et la *vaccination*.

42. — De l'isolement dans les maladies. *Semaine médicale* 1898.

43. — Mesures à prendre pour empêcher l'abus des boissons alcooliques, avec M. Bergeron. *Recueil des travaux du Comité consultatif d'hygiène publique de France* 1900.

BACTÉRIOLOGIE ET PATHOLOGIE

44. — **Présence du pneumocoque dans les poussières d'une salle d'hôpital.** *Société de Biologie*, 29 mai 1897.

45. — **Maladies de la plèvre chez l'enfant.** *Traité des maladies de l'enfance*, de Grancher, tome V. 1898.

46. — **Nouvelles recherches sur la bactériologie des pleurésies purulentes infantiles.** Volume jubilaire de la Société de Biologie, 1900.

47. — **Maladies aiguës du poumon.** Nouvelle édition du *Traité de médecine* de Bouchard et Brissaud, tome VI.

48. — **Maladies de la plèvre.** Deuxième édition, tome VII.

TABLE

46734. — Imprimerie Lahure, 9, rue de Fleurus, à Paris.